MONOGRAFÍAS DE PSICOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA
PUBLICADAS BAJO LA DIRECCIÓN DEL DOCTOR JOSÉ GERMAIN

18

SANDOR FERENCZI

OBRAS COMPLETAS
TOMO IV: 1927-1933

PSICOANÁLISIS
IV

PREFACIO DEL DR. P. SABOURIN
INTRODUCCIÓN DEL DR. M. BALINT

TRADUCCIÓN DEL FRANCÉS POR
FRANCISCO JAVIER AGUIRRE

Dr. E. Valle O.

ESPASA-CALPE, S. A.
MADRID
1984

V

EL NIÑO MAL RECIBIDO Y SU IMPULSO DE MUERTE[1]

En un pequeño trabajo sobre «Frío, enfermedad y nacimiento», Ernest Jones, refiriéndose a mis reflexiones del artículo «El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios»[2], así como a las ideas de Trotter, Stärcke, Alexander y Rank al respecto, ha atribuido parcialmente la tendencia de tanta gente a enfriarse, a las impresiones traumáticas de la primera infancia, en particular a los sentimientos de desagrado que el niño experimenta cuando es arrancado del calor del medio materno, sentimiento que más adelante, en virtud de la ley de la repetición obligatoria, tiene que revivir sin cesar. Jones fundaba sobre todo sus conclusiones en consideraciones fisiopatológicas, pero también en parte en consideraciones analíticas. En esta corta comunicación, quisiera exponerles una reflexión similar, que afecta a un terreno más amplio.

Tras el trabajo revolucionario de Freud sobre las bases impulsivas de todo lo que es orgánico, bases que sólo pueden ser analizadas más adelante (en «Más allá del principio del placer»), nos hemos habituado a considerar todos los fenómenos de la vida, incluso los de la vida psíquica, como una mezcla de las formas de manifestación de dos impulsos básicos: el impulso de vida y el impulso de muerte. Hemos oído a Freud atribuir un fenómeno patológico al desencadenamiento casi perfecto de estos

---

[1] En alemán *«das unwillkommene kind»*. Es el «no bienvenido», el mal venido. Se habla a menudo del niño «no deseado», pero no es eso lo que Ferenczi quiere decir aquí.

[2] Véase el tomo primero de las Obras Completas.

dos impulsos principales; según su hipótesis, en la sintomatología de la *epilepsia* se expresa el desencadenamiento de una tendencia a la autodestrucción, casi exenta de las inhibiciones de la voluntad de vivir. Después, mis investigaciones psicoanalíticas han reforzado mi convicción sobre lo oportuno de esta idea. Conozco casos en que la crisis epiléptica era seguida por experiencias de desagrado que daban al paciente la impresión de que no valía la pena vivir la vida. (Naturalmente, no quiero decir nada definitivo en cuanto a la naturaleza del ataque).

Cuando fui jefe médico en un hospital militar, durante la guerra, una de mis labores era la de pronunciarme sobre la aptitud para el servicio de numerosos epilépticos. Una vez excluidos los casos, frecuentes, de simulación y de ataques histéricos, quedaban una serie de casos que presentaban fenómenos epilépticos típicos, y me permitían estudiar más a fondo las manifestaciones del impulso de muerte. La fase de rigidez tónica y de convulsiones clínicas era seguida a menudo, con persistencia del coma profundo y de la dilatación pupilar, de un relajamiento completo de la musculatura y de una respiración en estertores cada vez más insuficiente, extremadamente penosa, y provocada claramente por la atonía de los músculos de la lengua y de la laringe. En esta situación, una pequeña obturación de los órganos respiratorios aún disponibles podía a menudo cortar el ataque. En otros casos, tal tentativa tuvo que ser interrumpida por el peligro de asfixia. No había más que un paso para suponer, tras esta diferencia en cuanto a la profundidad del coma, una diversidad concerniente a la fuerza de los impulsos al desatarse. Desgraciadamente, circunstancias ajenas me impidieron avanzar en el estudio analítico de estos casos. El análisis de determinadas perturbaciones circulatorias y respiratorias de origen nervioso, en particular el *asma bronquial*, y también de casos de inapetencia total y de delgadez, anatómicamente inexplicables, me ha permitido examinar más a fondo la génesis de las tendencias de autodestrucción inconscientes. Todos estos síntomas se relacionaban bastante bien con la tendencia psíquica general de los pacientes que debían luchar esforzadamente contra impulsos suicidas. Durante el análisis retrospectivo de algunos casos de *espasmo de la glotis* infantil, tuve que interpretar dos de ellos como tentativas de suicidio por autoestrangulación. El análisis de estos últimos casos me condujo a la suposición que voy a exponer

aquí, con la esperanza de que tan numerosos observadores (pienso en especial en los pediatras) aporten un material suplementario en su apoyo.

Al nacer, ambos pacientes fueron *huéspedes no queridos en la familia*. Uno por ser el décimo hijo de una madre sobrecargada de trabajo, y el otro porque descendía de un padre afectado por una enfermedad mortal, que efectivamente murió poco después. Todos los indicios confirman que ambos niños captaron perfectamente los signos conscientes e inconscientes de aversión o de impaciencia de la madre, y que su voluntad de vivir quedó destrozada. Por motivos fútiles, durante su vida posterior, se suscitaba en ellos la voluntad de morir, incluso cuando estaba compensada por una fuerte tensión de la voluntad. El pesimismo moral y filosófico, el escepticismo, y la desconfianza se convirtieron en los rasgos de carácter sobresalientes de estos sujetos. También podría hablarse de nostalgia, apenas disimulada, de ternura (pasiva), de inapetencia por el trabajo, de incapacidad de mantener un esfuerzo prolongado, es decir de un cierto grado de infantilismo emocional, no sin algunas tentativas de consolidación forzada del carácter. Un caso de alcoholismo, en una mujer todavía joven, se mostró como una situación particularmente grave de disgusto por la vida, situación presente desde la infancia; ella se servía naturalmente de las dificultades en la situación analítica para hacer surgir impulsos suicidas difíciles de dominar. Consiguió acordarse, y el dato fue confirmado por miembros de su familia, de que fue acogida de forma poco amorosa al ser la tercera hija de una familia sin varones. Naturalmente ella se sentía inocente, e intentaba explicar el odio y la impaciencia de su madre dando vueltas al asunto. Durante toda su vida mantuvo cierta inclinación por la especulación cosmológica, con un punto de pesimismo. Del mismo modo, sus cavilaciones sobre el origen de todo lo vivo no eran sino una prolongación de la pregunta sin respuesta: ¿por qué se me trajo al mundo si no se me iba a acoger amablemente? Aquí, como en los demás casos, el conflicto edipiano constituía naturalmente una prueba de fuerza; no tenía altura para afrontarlo, lo mismo que no era capaz de solucionar los problemas de adaptación a la vida conyugal que, casualmente, eran de una dificultad poco común; se sentía frígida; del mismo modo, los niños del sexo masculino «no deseados», que he podido observar, sufrían perturbaciones mayores o menores de su poten-

cia. A menudo se hallaba, en estos casos, la disposición a los enfriamientos indicada por Jones; en un caso especial, se daba incluso una caída nocturna de la temperatura, totalmente extraordinaria, difícil de explicar en el plano orgánico, con una temperatura fuera de lo normal.

No voy a tratar de agotar, ni siquiera hasta la mitad, el problema semiótico de este tipo de enfermedad, presentada aquí sólo desde el punto de vista etiológico; como he advertido, no es suficiente la experiencia de uno sólo. Únicamente he querido indicar la probabilidad de que los niños acogidos con frialdad y sin cariño mueran fácilmente por propia voluntad. O utilizan uno de los numerosos medios orgánicos para desaparecer rápidamente o, si escapan a este destino, les quedará siempre cierto pesimismo y cierto disgusto por la vida.

Esta suposición etiológica se apoya en una de las diferentes concepciones teóricas al uso, relativas a la eficacia de los impulsos de vida o de muerte en las diferentes etapas de la vida. Existía la tendencia a pensar que en los individuos que acaban de llegar a la vida, los impulsos de este tipo eran más importantes debido al impresionante empuje del crecimiento; en general, se tendía a representar los impulsos de muerte y de vida como simples series complementarias, en las que el máximo de vida debía corresponder a su inicio y el punto cero a la edad avanzada. Ahora parece que no ocurre así exactamente. De cualquier forma, al inicio de la vida intra y extrauterina, los órganos y sus funciones se dilatan con una abundancia y una rapidez sorprendentes, pero sólo en condiciones particularmente favorables de protección del embrión y del niño. El niño debe ser llevado, con mucho amor, ternura, y cuidados, a perdonar a sus padres por haberlo traído al mundo sin consultarle, porque de otro modo los impulsos de destrucción despiertan pronto. Y en el fondo no hay que extrañarse de ello, pues el bebé, contrariamente al adulto, está mucho más cerca del no-ser individual, del que no ha sido alejado aún por la experiencia de la vida. Para los niños, caminar hacia ese no-ser resultaría mucho más fácil. La «fuerza vital» que resiste a las dificultades de la vida no es aún muy fuerte en el momento del nacimiento; aparentemente sólo se refuerza tras la inmunización progresiva contra los atentados físicos y psíquicos, mediante un tratamiento y una educación llevadas con tacto. De acuerdo con el decrecimiento de la curva de morbilidad y de mortalidad de la edad

media, el impulso de vida podría contrapesar las tendencias a la autodestrucción en la edad madura.

Si queremos clasificar los casos que surgen de esta etiología entre los «tipos de enfermedad» de los que Freud ofrece una definición muy precoz y sin embargo muy incompleta, habría que situarlos, aproximadamente, en el punto de transición entre las neurosis puramente endógenas y las neurosis exógenas, es decir las neurosis de frustración. Quienes pierden precozmente el gusto por la vida aparecen como seres carentes de capacidad de adaptación, semejantes a quienes, según la clasificación de Freud, sufren una debilidad congénita de su capacidad de vivir, siempre con la diferencia de que en nuestros casos el carácter congénito de la tendencia enfermiza es simulado, debido a la precocidad del trauma. Naturalmente queda todavía algo que resolver: constatar las diferencias máximas entre la sintomatología neurótica de los niños maltratados desde el principio y la de quienes son primero tratados con entusiasmo, y hasta con un amor apasionado, siendo luego abandonados.

Aquí se plantea naturalmente la cuestión de saber si tengo algo que decir en cuanto al tratamiento específico de esta categoría mórbida. De acuerdo con mis tentativas de «elasticidad de la técnica analítica»[3], ya aludidas, en los casos de disminución del placer de vivir, me he visto obligado paulatinamente a deducir cada vez más las exigencias en cuanto a la capacidad de trabajo de los pacientes. Por último se ha impuesto una situación que sólo puedo describir de este modo: hay que dejar actuar al paciente, durante cierto tiempo, como un niño, lo cual no es ajeno a la «preparación al tratamiento» que Anna Freud considera necesaria en un análisis de niño. Este dejar hacer equivale a permitir a los pacientes disfrutar, por vez primera, de la irresponsabilidad de la infancia, lo que equivale a introducirles impulsos de vida *positivos*, y razones para continuar existiendo. Sólo más tarde pueden abordarse, con prudencia, esas exigencias de frustración que caracterizan por otra parte nuestros análisis. Pero, naturalmente, este análisis, como cualquier otro, debe terminarse con e ablandamiento de las resistencias que inevitablemente despierta y con la adaptación a la realidad rica en frustraciones, pero complementada también con la facultad de gozar allí donde pueda hacerse

[3] «Elasticidad de la técnica psicoanalítica», en este volumen.

Una dama, unilateralmente influenciada por la psicología del Ego, muy inteligente por lo demás, al hablarle yo de la importancia de introducir «impulsos de vida positivos», es decir ternura, con los niños, me planteó esta cuestión: ¿cómo puede conciliarse eso con la importancia que el psicoanálisis da a la sexualidad en la génesis de las neurosis? La respuesta no fue difícil; en la «Teoría de la genitalidad»[4], he sostenido que las manifestaciones vitales de los niños pequeños son casi exclusivamente libidinosas (eróticas), pero que este erotismo, *justamente a causa de su ubicuidad*, pasa desapercibido. Sólo tras la formación de un órgano específico del erotismo se hace la sexualidad conocible e inevitable. Esta respuesta se dirige también a quienes quisieran atacar la teoría de las neurosis según Freud, fundada en la teoría de la libido. Por lo demás ya he señalado que son a menudo sólo los combates del conflicto edipiano y las exigencias de la genitalidad los que permiten que se manifiesten las consecuencias del desagrado por la vida, adquirido precozmente.

[4] «Thalassa, ensayo sobre una teoría de la genitalidad» en el tomo III de las Obras Completas.

VI

PRINCIPIO DE RELAJACIÓN Y NEOCATARSIS[1]

Tras haber escuchado mi exposición, algunos de ustedes habrán tenido la impresión de que resultaba injustificado titularla «Progresos de la técnica», y que su contenido merecía más bien ser calificado de paso atrás o de retroacción. Pero espero que esta impresión se disipe rápidamente cuando se considere que el retorno a una tradición más antigua, injustamente olvidada, puede también favorecer la verdad; y pienso verdaderamente que no es paradógico, en tales casos, presentar como progreso científico el hecho de acentuar lo antiguo. Las investigaciones psicoanalíticas de Freud abarcan un campo enorme que comprende no sólo la vida psíquica individual sino también la psicología de las masas y la historia de las civilizaciones humanas; recientemente tales investigaciones se han ampliado a las *representaciones extremas* que afectan a la vida y a la muerte.

A medida que transformaba un modesto método de trabajo psicoterapéutico en una psicología y en una visión del mundo acabada, el inventor del psicoanálisis debía centrar su investigación tanto sobre uno como sobre el otro campo de análisis, descartando provisionalmente el resto. Este olvido de determinados puntos ya aclarados no significa, por supuesto, ni un

[1] Informe presentado al XI Congreso Internacional de Psicoanálisis en Oxford, en agosto de 1929, con el título «Progresos de la técnica analítica». Título del texto publicado: *«Relaxationsprinzip und Neokatharsis*, en Intern. Zeitschrift für Psycho-Analys., 1930, volumen XVI. Es evidente que en 1929 la palabra alemana *«relaxation»* no designaba la técnica de la «detención neuromuscular» descrita luego por diversos autores (Schultz, Jacobson, etc.).